

Дикий Богдан Миколайович, доктор медичних наук, професор, кафедра інфекційних хвороб та епідеміології, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018

E-mail: infection@ifnmu.edu.ua

Пришляк Олександра Ярославівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра інфекційних хвороб та епідеміології, ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018

E-mail: infection@ifnmu.edu.ua

Остяк Роман Степанович, головний лікар, директор, Івано-Франківська обласна клінічна інфекційна лікарня, Івано-Франківський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом, вул. Сагайдачного, 66, м. Івано-Франківськ, Україна, 76007

E-mail: infection@ifnmu.edu.ua

Ткачук Зеновій Юрійович, кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник, завідувач лабораторії, лабораторія молекулярної фармакології, Інститут молекулярної біології та генетики НАН України, вул. Академіка Заболотного, 150, м. Київ, Україна, 03143

E-mail: ztkachuk@bigmir.net

УДК: 614.2: 610-08: 616-01/-099

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.96222

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ПЕРСПЕКТИВИ СТАНОВЛЕННЯ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

© Л. І. Данильченко

Створення системи медичного страхування має розглядатися як багатоаспектний процес, в якому необхідно пов'язати правову, економічну, організаційно-управлінську та мотиваційну складові. Необхідно вибрати найбільш оптимальну для українських умов модель охорони здоров'я із урахуванням менталітету та прогресивності такої моделі. Забезпечення доступності для населення ефективної кваліфікованої медичної допомоги здійснюється за рахунок управлінських, організаційних, інформаційних технологій

Ключові слова: страхова медицина, організація охорони здоров'я, організаційно-управлінські технології, якість, реформа

1. Вступ

Страхова медицина представляє собою складну і досить мобільну систему товарно-ринкових відносин в галузі охорони здоров'я, де товаром виступає оплачувана конкурентноспроможна гарантована якісна і достатня за обсягом медична послуга, потреба в якій виникає у зв'язку із ризиком для здоров'я, а «покупцем» її може бути держава, група людей або фізичні особи, які знаходяться в умовах ризику для здоров'я [1]. Необхідність розвитку і становлення страхової медицини в сучасних реаліях української системи охорони здоров'я обумовлена потребою в забезпеченні кваліфікованою лікарською допомогою верств населення із різним ступенем матеріального достатку, особливо соціально незахищених категорій людей, в забезпеченні стабільного фінансування охорони здоров'я та збереженні на належному рівні медичного обслуговування населення. Головним завданням є вивчення сучасних тенденцій розвитку і прогнозування майбутніх змін економічного і соціального середовища, їх впливу на систему охорони здоров'я на-

селення. Розвиток соціального страхування в Україні з упевненістю демонструє той факт, що тільки адміністративними заходами не можна домогтися належної ефективності роботи і здійснення реформ.

На сучасному етапі розвитку системи медичного забезпечення в Україні є багато питань як у фінансовому, так і в організаційно-структурному аспекті. Даний період характеризується незначним обсягом видатків на охорону здоров'я, нерівномірним і нераціональним розподілом ресурсів у системі, високою частотою звернень громадян за медичними послугами, відсутністю належного медичного обслуговування на первинному рівні й відповідної інфраструктури. Медико-демографічна ситуація в Україні є вкрай невтішною. За останні роки в Україні істотно зріс показник смертності населення і скоротилася очікувана тривалість життя. Так, у країнах ЄС показник смертності становить 6,7 на 1 тис. населення, а тривалість життя – 74 роки, у той час, як у нашої країни аналогічні показники становлять відповідно 14,5 на 1 тис. населення й 69 років [2].

2. Обґрунтування дослідження

Не зважаючи на досить тривалу роботу в напрямку створення і реалізації проекту соціального страхування населення, на сьогоднішній день важливими залишаються питання розробки стратегії розвитку системи медичного страхування, співвідношення державних гарантій і фінансових можливостей щодо соціального захисту населення. До суттєвих недоліків в організаційних питаннях слід віднести відсутність єдиного підходу до організації діяльності всіх складових соціального страхування населення та ослаблений державний контроль за виконанням законодавства.

У цьому контексті надзвичайно актуальна розробка рекомендації по раціоналізації використання страхових ресурсів, що забезпечують орієнтацію системи обов'язкового медичного страхування на надання первинної медичної допомоги, на проведення профілактичних заходів, що сприяють зниженню рівня захворюваності населення. Досвід розвитку системи медичного страхування в багатьох зарубіжних країнах показує, що викладені проблеми в значній мірі обумовлені недостатньою концептуальною визначеністю практичних та законодавчих механізмів регулювання питань реформування та функціонування даної системи. Це веде до появи багатьох питань в правовій сфері, невиконання законів та провокує появу юридичних, організаційних та управлінських проблем.

Досвід розвитку соціального страхування в країнах із багатолітнім існуванням системи обов'язкового медичного страхування, показує, що найбільш ефективним і доцільним є одночасне страхування на випадок лікування і втрати заробітку в разі хвороби, тобто створення єдиної системи медико-соціального страхування.

В різних країнах світу залежно від того, яка форма фінансування є домінуючою, систему охорони здоров'я називають державною (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового медичного страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішаною (страхово-бюджетною) (США), де близько 90 % населення країни користуються послугами приватних страхових компаній [3]. Україна, здійснюючи ринкові трансформації в цій галузі, прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу.

Коло питань, які необхідно розглядати в першу чергу і приділити максимум уваги:

- проведення загальнотеоретичних досліджень, перш за все закономірностей розвитку страхової медицини, її генезису;
- побудова наукової концепції страхової медицини;
- аналіз і узагальнення досвіду функціонування системи обов'язкового медичного страхування в історичній ретроспективі;

– розробки рекомендацій щодо реформування систем обов'язкового медичного страхування та соціального страхування [4].

Реформа соціального страхування, складовою частиною якого є система обов'язкового медичного страхування, зазнає труднощів перехідного періоду:

- ще не сформувалося концептуально цілісне бачення системи соціального страхування;
- не сформувалося багато його напрямків;
- існує необхідність збалансування у майбутньому функціонуванні двох концептуальних підходів – консолідуючого податкового і автономного страхового.

По суті в існуючій науковій літературі вітчизняного походження існує низка сучасних робіт, в яких робилися спроби розгляду теоретичних, історичних, фінансово-економічних, організаційно-управлінських аспектів розвитку страхової медицини, проте всебічний комплексний аналіз цього питання все ж таки потребує уваги науковців та суспільства в цілому. Тільки такий концептуальний розгляд дозволяє розробити обґрунтовані аргументовані рекомендації щодо розвитку страхової медицини [5].

3. Мета дослідження

Дослідження особливостей та перспективи становлення системи медичного страхування населення в сучасних українських реаліях.

4. Результати та їх обговорення

Страхування являє собою складний організаційно-правовий комплекс, міждисциплінарну, багатоаспектну наукову дисципліну. Системна розробка і реалізація проблем даної сфери передбачає наявність менеджменту соціального страхування. З метою вдосконалення системи управління та фінансування охорони здоров'я необхідно забезпечити її цілісність за рахунок єдиних для охорони здоров'я системи планування, нормування, стандартизації, ліцензування, сертифікації, єдиної технологічної та кадрової політики, збереження потенціалу та подальшого розвитку науки, а також чіткого поділу компетенції між різними рівнями етапної медичної допомоги.

Комплексний підхід, який полягає в тому, що створення системи медичного страхування має вписуватися в загальну концепцію реформування охорони здоров'я в цілому в українських реаліях. У зв'язку з цим необхідно здійснити вибір моделі охорони здоров'я, адекватної сформованим умовам в країні. Створення системи медичного страхування має розглядатися як багатоаспектний процес, в якому необхідно пов'язати правову, економічну, організаційно-управлінську та мотиваційну складові. Важливим також є використання зарубіжного досвіду страхової медицини. Необхідно вибрати найбільш оптимальну для українських умов модель охорони здоров'я як із урахуванням менталітету, так і з урахуванням прогресивності такої моделі [6].

Вибір цих моделей може бути обґрунтований також і тією обставиною, що в них найбільш важли-

вим фактором (метою охорони здоров'я) є здоров'я або зменшення ризику захворюваності (втрати працездатності, загибелі тощо). Це відповідає сучасним напрямкам досліджень ВООЗ, де в якості інтегрального показника стану в охороні здоров'я (індикатора) використовується рівень витрат на медицину як частка валового внутрішнього продукту (ВВП). Цей індикатор має перебувати в певному інтервалі, і його значення повинно бути близькими до 5 % ВВП. В існуючих умовах економічної кризи, дефіцитності бюджету та браку фінансових ресурсів необхідно орієнтуватися на низьковитратні варіанти реформування охорони здоров'я.

Забезпечення плавного переходу до наміченої мети повинно відбуватися із урахуванням рівня добробуту населення, можливостей оплати частини медичних послуг при збереженні відповідних соціальних гарантій для малозабезпечених верств населення. З цією метою необхідне здійснення державного регулювання, спрямованого на зменшення негативних наслідків від впровадження ринкових відносин в охорону здоров'я. Підвищення ефективності системи охорони здоров'я і забезпечення зростання якості медичних послуг є пріоритетним питанням реформування медицини. Індикатор частки витрат ВВП, що виділяється на охорону здоров'я, є одностороннім. Контроль за витратами не є самоціллю, бо найдешевша медична допомога – це її відсутність взагалі, адже дешева медична допомога – далеко не завжди ефективна і результативна медична послуга. З іншого боку, підвищення витрат на охорону здоров'я може розглядатися і як позитивний, і як негативний момент в залежності від досягнутих результатів [7].

В сучасних умовах, коли сфера платних соціальних послуг, в тому числі і медичних не просто існує, а й активно розширюється як в керованих, підконтрольних державі, так і тіньових формах в суспільстві відбувається перегляд принципів повної безкоштовності при наданні цих послуг. Специфіка ринкових відносин в охороні здоров'я і розвиток сектора платних послуг потребують переходу до медичного страхування як одного з ключових заходів щодо реформування даної галузі. Конституція України передбачає безоплатність надання медичної допомоги громадянам України в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Однак можливе запровадження державного медичного страхування у тому випадку, якщо платниками обов'язкових страхових внесків будуть суб'єкти господарювання, а не застраховані фізичні особи [8]. Створення системи медичного страхування спрямоване на забезпечення економічної основи охорони здоров'я, шляхом цільового залучення на страхових принципах коштів роботодавців, а в подальшому і особистих коштів громадян, що дозволить підвищити ступінь державних гарантій в отриманні окремих видів медичної допомоги безкоштовно.

Слід приділити увагу питанню щодо з'ясування різниці між вільним або добровільним страхуван-

ням і примусовим або обов'язковим страхуванням. Участь в добровільному страхуванні залежить від бажання і намірів кожного індивіда, господарюючого суб'єкта, усвідомлення важливості страхування. Добровільне страхування вимагає певного культурного рівня населення, розуміння їм завдань страхування, а також залежить від рівня матеріальної забезпеченості різних соціальних груп і прошарків населення. При відсутності зазначених умов добровільне страхування виявляється недоступним для широких мас. При добровільному страхуванні страхові установи ухиляються від страхування об'єктів, для яких характерна висока небезпека настання страхових подій, а також через значні накладні витрати, неминуче пов'язані зі страхуванням ризиків, за які може бути внесена незначна страхова сума. Якщо носії цих ризиків могли б усвідомити значення страхування, то вони не змогли б їм скористатися тому, що не знайшлося б страхової установи, готової страхувати такі ризики [9].

Обов'язкове медичне страхування поширює свою дію тільки на територію цієї держави, якщо чинне законодавство не встановлює будь-яких інших положень з цього питання. Велике значення має встановлення ознак, на підставі яких законодавство про страхування пов'язує тих чи інших осіб з певною територією, особливо в тих випадках, коли поряд із введенням обов'язкового страхування також встановлюється обов'язкове прикріплення до певної страхової установи. Практично у всіх законодавствах підставою територіального визначення страхових відносин є основне місце роботи застрахованої особи.

У деяких випадках відсутній зв'язок між місцем роботи застрахованої людини і територією держави. Так, зокрема, йде мова про питання із основним місцем роботи команд морських і річкових суден. Основне місце роботи моряків не володіє тими ознаками, на підставі яких можна було б поширити на судновий екіпаж обов'язкове страхування. Відповідно до права, визнаного усіма державами, що мають морські судна, всі питання внутрішнього характеру, що стосуються команди, вирішуються незалежно від місця знаходження судна за законами тієї держави, під чийм прапором плаває судно. Цей принцип зазвичай застосовується по відношенню до суден морського плавання [10].

Працюючи над розробкою та впровадженням моделей страхової медицини в Україні, слід враховувати досвід наявних сучасних проблем даної сфери в інших країнах із розвиненим медичним страхуванням та багатолітньою практикою. Зокрема, в останні роки в багатьох розвинених країнах виникла проблема швидкого зростання витрат на обов'язкове медичне страхування. Для стримування такого зростання приймаються спеціальні заходи, здійснюється планування потреби в медичному персоналі. Для запобігання швидкого зростання чисельності лікарів створюються ефективні інструменти планування потреби в медичному персоналі, що

визначається показником «кількість лікарів на душу населення». Планування повинно охоплювати всіх медичних працівників, в тому числі тих, які працюють в лікарнях, а не тільки тих робітників, хто займається амбулаторно-поліклінічним обслуговуванням. Поряд з квотами, які визначають видачу дозволів на лікарську практику, здійснюється і планування територіального розподілу лікарів в регіонах для забезпечення на місцях медичного обслуговування високої якості. Стимування зростання медичних витрат не повинно призвести до збитковості лікарської діяльності, оскільки основним завданням є забезпечення рентабельності наданих медичних послуг. Законодавство повинно забезпечити певний рівень рентабельності медичних послуг [11].

Для обмеження витрат в умовах обов'язкового медичного страхування в багатьох країнах законодавством закріплюється, що обов'язковим страхуванням надається набір тільки так званих «обов'язкових» послуг. Для отримання медичних послуг понад «обов'язкові» необхідне додаткове страхування. Інша можливість обмеження витрат полягає в залученні пацієнта до часткової оплати як самого лікування, так і призначених медичних послуг, наприклад, ліків, санаторного лікування. Найпростіше організувати пайову участь пацієнтів в оплаті вартості медичних послуг, одночасно прийнявши законодавче визначення «за винятком особливих випадків», щоб забезпечити соціально слабкі верстви населення, у яких немає необхідних коштів, можливістю скористатися призначеним лікуванням і медичними послугами за рахунок страхових коштів.

Законодавством зазвичай не надається повна свобода дій при організації алгоритму медичної допомоги. В інтересах застрахованих, а іноді і в інтересах лікарів, закон або встановлює певний порядок підбору лікарів, або ж надає страховим касам деяку свободу вибору [12].

Також в майбутньому одним із найважливіших принципів нової системи вітчизняної охорони здоров'я повинен стати принцип підвищення її ефективності в порівнянні з колишньою системою медичного обслуговування населення. Інструментом підвищення ефективності є конкуренція. Існуюча державна система охорони здоров'я за своєю суттю є монополістичною і практично не створює умов для конкуренції на ринку медичних послуг. Будучи власником медичних установ, держава була мало зацікавлена в розвитку конкуренції серед них, так як конкуренція була присутня в мінімальному прояві навіть в тому випадку, якщо ці заклади охорони здоров'я працювали неефективно. Конкуренція на ринку медичних послуг радикально змінює ситуацію. У новій системі медичні установи конкурують за укладання договорів із страховиками, надаючи більш якісну медичну допомогу. Страховики конкурують за залучення клієнтів, надаючи їм більш широкий спектр послуг (в тому числі щодо захисту інтересів пацієнтів).

Звичайно, не викликає сумнівів той факт, що бюджетно- страхова модель медичного страхування

(фінансування охорони здоров'я) має певні недоліки та нездатна вирішити багато питань, пов'язаних з різним рівнем територіального соціально-економічного потенціалу. Забезпеченість ресурсами в першу чергу залежить від характеру економічної спеціалізації регіону. У тих регіонах, де спостерігається концентрація промислового виробництва, і особливо фінансового капіталу, як правило, надходження коштів значно вище, ніж в регіонах з переважанням сільськогосподарського виробництва. Класифікація регіонів може бути продовжена і за іншими ознаками. Згідно демографічної ситуації виділяють регіони з кількісним переважанням молодого і діяльного населення і регіони зі значною кількістю громадян пенсійного віку, які потребують великих витрат на медичне обслуговування. Розрізняються регіони і за спеціалізацією професійних захворювань, специфіка таких регіонів так чи інакше диктує необхідність диференціації витрат на медичне обслуговування в масштабах всієї країни, що в свою чергу робить вельми проблематичним побудову системи медичного страхування лише на регіональному рівні, оскільки більшість регіонів не має достатньо коштів для забезпечення фінансової стійкості системи, а також вимагає здійснення окремих заходів з охорони здоров'я та цільових медичних програм. У процесі ж реалізації принципу громадського фінансування системи медичного страхування, в тому випадку, коли обсяг надходжень коштів з регіональних джерел не гарантує загальність і доступність медичних послуг може виникнути певна соціальна напруженість [13].

В сучасних умовах максимально доступними для пацієнтів повинні бути такі види медичної допомоги, які направлені на ефективну боротьбу з інфекційними і неінфекційними захворюваннями і травматизмом, первинна медико-санітарна допомога. Висока якість медико-санітарного обслуговування, а також введенням права вибору громадянами лікаря буде стимулювати конкуренцію між виробниками медичних послуг. Звичайно необхідно забезпечити рівні права на доступ до всіх медичних установ шляхом ліквідації закритих підсистем охорони здоров'я, а також запропонувати більш дешеве медичне страхування для отримання певних медичних послуг.

Як свідчить багатолітній попередній досвід вітчизняної безкоштовної медицини, зловживання безкоштовністю в системі охорони здоров'я викликає надмірний попит і надмірне використання безкоштовної медичної допомоги, а саме: зайве перебування на лікарняному ліжку; непотрібна і тривала госпіталізація; невинуватене зростання потужності лікувальних установ; безвідповідальне ставлення громадян до свого здоров'я і нездоровий спосіб життя.

Універсальною проблемою для всіх країн є приведення обсягів та змісту безкоштовної медичної допомоги у відповідність з фінансовим забезпеченням. При нестачі коштів слід змінювати обсяг державних зобов'язань, зменшувати число осіб, що мають право на безкоштовне обслуговування або скоротити види безоплатної допомоги. Звуження прав є гострою по-

літичною проблемою, тоді як збільшення державного фінансування охорони здоров'я з податків є важкою економічною проблемою. Отже, необхідно розробляти кілька варіантів програми і їх коригування залежно від соціально-економічної ситуації в Україні. Одночасно слід визначити порядок надання трансферів певним територіям для вирівнювання фінансових можливостей різних регіонів країни [14].

Варіантів вирішення всіх вищезначених проблем сучасної системи охорони здоров'я існує декілька. Звичайно є можливість зберігати витрати на медицину на існуючому рівні, але перенести відповідальність на систему медичного страхування, при відсутності можливостей збільшення фінансових надходжень у галузь можна зберегти витрати на охорону здоров'я на низькому рівні, але зменшити обсяги надання допомоги, потужності медичних установ, скоротити зайвий медичний персонал і використовувати зекономлені фонди на поліпшення фінансового становища інших медичних установ. Також буде доцільним фінансувати за рахунок державних коштів охорони здоров'я тільки загальнонаціональні медичні програми і залишити оплату інших видів медичної допомоги самим пацієнтам або системі медичного страхування. Необхідно поступово збільшувати витрати на охорону здоров'я шляхом фінансування з багатьох джерел, таких, як соціальне і медичне страхування, страхування ризику професійного захворювання і травматизму, дорожньо-транспортних пригод та шкідливого впливу навколишнього середовища, добровільного медичного страхування і коштів громадян. Важливим є питання щодо ефективного здійснення регулювання через наявні важелі впливу механізмами формування ринку страхових і медичних послуг, усунення державного втручання і обмеження зростання медичних витрат, введення лібералізації цін на медичні послуги. В перспективі в процесі розвитку сфери обов'язкового медичного страхування планується поступове збільшення витрат на охорону здоров'я зі стратегіями щодо поліпшення її діяльності на основі свободи вибору громадянами лікаря, медичних установ, страхових медичних організацій і створення конкурентного середовища між постачальниками медичної допомоги [15].

З метою алгоритмізації лікувально-діагностичного процесу при впровадженні страхової медицини виникає проблема розробки ситуаційних клінічних стандартів. При цьому стандарти повинні охоплювати не тільки кінцеві результати, але також організаційно-виробничі технології і ресурси. Управління лікувально-діагностичним процесом за допомогою стандартів наблизить систему клінічного управління до саморегулюючої системи. Необхідно визнати, що створення саморегульованих систем є практично нездійсненним завданням, що вимагає включення в кожен компонент системи своєрідних індикаторів, які повинні вимірювати події, що відбуваються, передавати отримані дані по каналах зворотного зв'язку керуючому суб'єкту системи, де за допомогою меха-

нізмів контролю досягнуті результати порівнюються зі стандартними і на основі їх відхилень від норми приймаються управлінські рішення.

Стандартизація в охороні здоров'я спрямована на забезпечення єдиних підходів до планування, нормування, ліцензування та сертифікації, а також на підвищення якості медичної допомоги, раціональне використання ресурсів та оптимізацію лікувально-діагностичного процесу. Рішення такого складного завдання, як забезпечення якості та безпеки медичної допомоги в умовах ресурсного дефіциту (який є постійним супутником охорони здоров'я) можливо тільки за допомогою розробки і впровадження в практику комплексної системи нормативного забезпечення лікувально-діагностичного процесу, що дозволяє забезпечити контроль не тільки за діяльністю медичного закладу в цілому, але і за окремо взятим медичним працівником.

Налагодження ефективного незалежного контролю за доцільністю надання медичних послуг та використанням медичних ресурсів є важливим аспектом впровадження системи медичного страхування населення. Контролю повинні підлягати як заклади охорони здоров'я, які безпосередньо надають послуги згідно зі стандартами надання медичної допомоги, так і соціальні фонди незалежно від підпорядкування (державні чи приватні) в цілях уникнення монополізації галузі. Незалежність контролюючих органів повинна забезпечити прозорість надходження, розподілення внесків та правильність їх використання [16].

З метою вирішення проблем щодо запровадження медичного страхування в нашій країні слід вжити наступних заходів: розробити та впровадити систему персоніфікованого обліку надання медичної допомоги; визначити розподіл ставок внесків до обов'язкового фонду медичного страхування між роботодавцем і працівником; стимулювати розвиток добровільного медичного страхування з метою забезпечення притоку додаткових коштів до системи охорони здоров'я; стимулювати розвиток методів співфінансування населенням додаткових послуг стаціонарних медичних установ для категорії населення з високими доходами, що збільшуватиме фінансову стійкість медичних установ; розробити стратегії зменшення тінізації економіки та імплементація відповідних заходів; запровадити перехід від фінансування щодо постатейного бюджету до фінансування за пролікований випадок і відповідна зміна способу обчислення заробітної плати лікарів і медичних сестер [17].

5. Висновки

Покращення медичного забезпечення всіх осіб, які беруть участь у тому чи іншому виді медичного страхування шляхом впровадження медичного страхування як самостійної системи товарно-ринкових відносин в області охорони здоров'я, являється пріоритетним завданням сучасної системи охорони здоров'я населення України.

Вибір моделі охорони здоров'я повинен повністю відповідати наявним сучасним умовам в країні, у зв'язку з чим перехід до страхової медицини необхідно здійснювати із урахуванням рівня добробуту населення, можливостей оплати частини медичних послуг при збереженні відповідних соціальних гарантій для мало-забезпечених верств населення. З цією метою необхідно здійснення державного регулювання, спрямованого на зменшення негативних наслідків від впровадження ринкових відносин в охорону здоров'я з метою підвищення ефективності системи охорони здоров'я і забезпечення зростання якості медичних послуг.

Введення обов'язкового страхування в нашій країні повинно базуватися на прикріпленні застрахованої особи до певної території, яку обслуговує страхова установа, одночасно слід визначити порядок надання трансферів певним територіям для вирівнювання фінансових можливостей різних регіонів країни. Ми вважаємо, що шляхом цільового залучення на страхових принципах коштів роботодавців, а в подальшому і особистих коштів громадян, можливо

таким чином підвищити ступінь державних гарантій в отриманні окремих видів безкоштовної медичної допомоги. У майбутньому необхідно фінансувати за рахунок державних коштів охорони здоров'я тільки загальнонаціональні медичні програми і залишити оплату інших видів медичної допомоги самим пацієнтам або системі медичного страхування.

Наявне законодавство повинно забезпечити певний рівень рентабельності медичних послуг, а стимулювання конкуренції, як інструменту підвищення ефективності на ринку медичних послуг, призведе до покращення якості медичного обслуговування населення.

Рішення такого завдання, як забезпечення якості та безпеки медичної допомоги в умовах ресурсного дефіциту можливо за допомогою розробки і впровадження в практику комплексної системи нормативного забезпечення (стандартизації) лікувально-діагностичного процесу, дозволяє контролювати не тільки діяльність медичного закладу в цілому, але і за окремо взятого медичного працівника.

Література

1. Вороненко, Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я [Текст] / Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
2. Білик, О. І. Переваги на недоліки введення обов'язкової форми медичного страхування в Україні [Текст] / О. І. Білик, С. А. Качмарчик // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – 2013. – № 767. – С. 270–276.
3. Базилевич, В. Д. Страхування [Текст]: підручник / В. Д. Базилевич, О. Ф. Філонюк, К. С. Базилевич та ін.; ред. В. Д. Базилевич. – К.: Знання-Прес, 2008. – 1019 с.
4. Коваль, О. А. Проблеми та перспективи впровадження медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / О. А. Коваль, О. І. Ночвай // Ефективна економіка. – 2014. – № 4. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2905>
5. Karaca-Mandic, P. Health and Health Care Use Among Individuals at Risk to Lose Health Insurance With Repeal of the Affordable Care Act [Text] / P. Karaca-Mandic, A. B. Jena, J. S. Ross // JAMA Internal Medicine. – 2017. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.9541
6. Алексеев, В. А. Оценка систем здравоохранения с позиции Всемирной организации здравоохранения [Текст] / В. А. Алексеев, Ф. Е. Варганян, И. С. Шурандина // Здравоохранение. – 2009. – № 11. – С. 57–67.
7. Гришин, В. В. Реформа национальной системы здравоохранения [Текст] / В. В. Гришин // Здравоохранение. – 2008. – № 4. – С. 139–144.
8. Бермутова, К. А. Обязательное медицинское страхование: перспективы заповедования в Україні [Електронний ресурс] / К. А. Бермутова // Новини медицини та фармації. – 2012. – № 17 (430). – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34165>
9. Homer, M. L. Predicting Falls in People Aged 65 Years and Older From Insurance Claims [Text] / M. L. Homer, N. P. Palmer, K. P. Fox, J. Armstrong, K. D. Mandl // The American Journal of Medicine. – 2017. doi: 10.1016/j.amjmed.2017.01.003
10. Волобуев, Е. Н. Дифференциация отношения врачей к пациентам и их родственникам [Текст] / Е. Н. Волобуев, В. А. Мажаренко, Е. В. Приз // Социология медицины. – 2011. – № 1. – С. 42–46.
11. Воробьев, В. П. Проблемы становления страховой медицины как социального института [Текст] / В. П. Воробьев, Е. Е. Воробьева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. – Т. 3, № 3. – С. 88–95.
12. Segel, J. E. Health Insurance Deductibles and Their Associations With Out-of-Pocket Spending and Affordability Barriers Among US Adults With Chronic Conditions [Text] / J. E. Segel, J. T. Kullgren // JAMA Internal Medicine. – 2017. – Vol. 177, Issue 3. – P. 433. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.8419
13. Александрова, О. Ю. Качество медицинской помощи: правовая оценка [Текст] / О. Ю. Александрова, И. Ю. Григорьев, О. Н. Лебединец, Т. В. Тимошенкова // Проблемы управления здравоохранением. – 2008. – № 5 (42). – С. 5–13.
14. Miller, G. E. The availability and marginal costs of dependent employer-sponsored health insurance [Text] / G. E. Miller, J. Vistnes, M. Buettgens, L. Dubay // International Journal of Health Economics and Management. – 2017. doi: 10.1007/s10754-016-9210-8
15. Щепин, О. П. Здоровье населения основа развития здравоохранения [Текст] / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин, В. А. Медик; ред. О. П. Щепин. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. – 376 с.

16. Чухно, І. А. Проблеми впровадження обов'язкового медичного страхування на сучасному етапі в Україні [Текст]: мат. наук.-пр. конф. / І. А. Чухно, А. О. Овчаренко // Актуальні питання соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я в Україні. – Х., 2016. – С. 146–148.

17. Дробот, Я. В. Проблеми запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні та заходи щодо їх розв'язання [Текст] / Я. В. Дробот, А. М. Бороденко // Фінансовий простір. – 2015. – № 2 (18). – С. 161–165.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Кресюн В. Й.
Дата надходження рукопису 16.01.2017*

Данильченко Лілія Іванівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра соціальної медицини, медичного права і менеджменту, Одеський національний медичний університет, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, Україна, 65082;

організатор охорони здоров'я вищої категорії, лікар-терапевт вищої категорії, головний лікар, Багатопрофільний медичний центр «Університетська клініка ОНМедУ», вул. Пастера, 9, м. Одеса, Україна, 65026

E-mail: liliyadanilchenko@i.ua

УДК: 616.89-036.4.57.034:616-085

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.97026

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ З УРАХУВАННЯМ БІОЛОГІЧНИХ РИТМІВ

© **Л. В. Животовська, Д. І. Бойко, Л. А. Боднар, В. В. Шиндер**

Дослідження базувалось на обстеженні пацієнтів із першим психотичним епізодом. Психосоціальна програма включала інформаційний, терапевтичний, соціальний і заключний етапи та проводилась згідно до розподілу по групах з урахуванням індивідуального хронотипу. Встановлено, що поєднання клінічних протоколів лікування із психосоціальними заходами з урахуванням біоритмів призводить до покращення стану хворих, їх якості життя

Ключові слова: перший психотичний епізод, психосоціальна програма, біологічні ритми, профілактика, лікування, реабілітація

1. Вступ

Оптимізація лікувально-реабілітаційних заходів при психічних розладах спрямована на подолання явищ стигматизації, поглиблений аналіз механізмів їх формування з інтеграцією біологічних, психоаналітичних і соціальних теорій, раннє лікування пацієнта на початкових етапах захворювання, використання сучасних психофармакологічних засобів з активною реінтеграцією пацієнта в суспільство [1]. Важливе значення в терапії всіх психозів, включаючи шизофренію, має надання допомоги при першому психотичному епізоді [2, 3].

2. Обґрунтування дослідження

Відповідь на терапію при першому епізоді психозу характеризується високою питомою вагою пацієнтів, які позитивно реагують на лікування, можливістю застосування більш низьких доз медикаментів, меншою ймовірністю розвитку екстрапірамідних симптомів, можливістю проведення тривалого курсу терапії. Також встановлено, що стадія, наступна після першого епізоду психозу, є вирішальним періодом, що впливає на тривалість перебігу захворювання. В цей період у хворих і членів їх сімей виникають несприятливі психічні реакції на психоз і умови його

лікування. Тому своєчасне і ефективне втручання в психоз на етапі його першого епізоду може істотно змінити перебіг захворювання та його наслідки [4, 5].

Невід'ємною часткою лікувально-реабілітаційних заходів при першому психотичному епізоді є проведення психосоціальної реабілітації. Під психосоціальною реабілітацією розуміється відновлення (формування – в разі початкової недостатності) порушених когнітивних, мотиваційних, емоційних ресурсів особистості (включаючи навички, знання, вміння взаємодіяти, вирішувати проблеми та ін.). У психічно хворих з вадами соціальної адаптації, що забезпечують їх інтеграцію в суспільство. З цією метою використовується комплекс психосоціальних впливів різних форм і методів, спрямованих на відновлення потенціалу пацієнта, що робить можливими його зусилля для досягнення більш повного або рівного з іншими положення в суспільстві. Після перенесеного першого психотичного епізоду є важливим повернути людину в суспільство і зберегти її трудові навички, іншими словами – адаптувати до навколишнього середовища [5, 6].

В той же час недостатньо вивченим є питання впливу біологічних ритмів на розвиток першого психотичного епізоду. Існують наукові роботи, в яких